Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]

Original article Open Access

Probleme de nursing la pacienții cu rezecții rectale joase cu prezervare sfincteriană și ileostomie de protecție pentru cancer rectal

Elena Luminita I.V. Albulescu[1], Sandu Dumitru Râmboiu[2], Valeriu Marin Șurlin[2], Raducu Nemeș[3], Luminița Cristina Chiuțu[4]

1.Blood Transfusions Unit, Clinical Emergency Hospital "Bagdasar-Arseni" Bucharest,
2.1st Surgery Clinic, Clinical County Emergency Hospital of Craiova, University of Medicine and Pharmacy of Craiova,
3.Doctoral School, I.O.S.U.D. University of Medicine and Pharmacy of Craiova,
4.Anesthesiology and Intensive Care, Anesthesiology and Intensive Care Unit, Clinical County Emergency Hospital of Craiova, University of Medicine and Pharmacy of Craiova

Abstract. Introduction. The aim of the paper was to establish the role and place of the nurse in the initiation and training of patients with protective ileostomy associated with low rectal resections with sphincter preservation for rectal cancer in order to obtain the skills necessary for self-care, autonomy and reintegration into the family and society. **Material and method**: retrospective clinical-statistical study of 47 (63.51%) patients with low rectal resections with sphincter preservation and protective ileostomy performed in the 1st Clinic of Surgery Craiova over a 7-year period (2015-2021). **Results.** Demographic data: Sex ratio=1.76, average age 61.62 years (27 - 81 years), 61.75% elderly patients, most from rural areas (29=61.70%), mostly retired (30=63.89%). Comorbidities: 74.46% isolated or associated; cardiovascular (25.53%) being the most frequent. Surgical intervention: scheduled surgery in all cases, mechanical preparation, antibioprophylaxis, thromboprophylaxis. Tumor location: middle rectum - 25 (53.20%), lower rectum - 22 (48.80%). Low anterior resections: 44 (93.61%), total recto-colectomy - 2 (4.25%), intersphincteric resection -1 (2.12%). Approach: open - 37 (74.46%), laparoscopic - 10 (25.54%). Type of anastomosis: end-to-end colorectal in 38 (80.85%), transanal colorectal in 3 (6.38%) cases, colo-anal in 4 (6.51%) cases and ileo-rectal in 2 (4.25%) cases, by mechanical suture in 35 (74.46%) cases and manual in the remaining 12 (25.54%) cases. Protective ileostomies: lateral on a continuous loop, located in the right iliac fossa. The output of the ileostomy was low (< 500 ml/24 hours) in 21 cases, medium (500-1000 ml/24 hours) in 20 cases and high (> 1000 ml/24 hours) in 6 cases (12.76%). Postoperative complications: 21 cases - 44.68%; local and systemic complications specific to ileostomy: 17 (36.17%) cases, peristomal skin lesions - 8 cases, early parastomal hernia - 2, dehydration with severe hydroelectrolytic imbalances and acute renal failure - 7 cases. Surgical complications: wound infection - 4 cases. Closure of the ileostomy: 42 cases (89.36%), the average interval between the primary operation and the closure of the ileostomy - 4.28 months (12 days-10 months). The type of devices used for ileostomy collection bag were chosen according to the ileostomy output rate and the condition of the peristomal membranes: ostomy devices with evacuation, unique for low output ileostomies (< 500 ml/24 hours); two-component stoma systems for medium or high flow. The bag was changed once every 3 days, and the collection bag was emptied when its filling exceeded 50% of its capacity, the rate of emptying depending on ileostomy output. **Conclusions.** The care (nursing) of patients with protective ileostomy is a complex, dynamic and continuous process of education and practical training, with the aim of successfully completing the transition period necessary to adapt to the new life conditions imposed by the presence of the stoma

Key words: protective ileostomy, low rectal resections with sphincter preservation, nursing

Introducere

Stoma, temporară sau definitivă, reprezintă un gest terapeutic cu indicații care acopere o paletă largă de afecțiuni abdominale digestive sau extradigestive, benigne sau maligne, circumstanțele etiologice cel mai des întâlnite fiind cancerul colo-rectal, ocluziile intestinale, colita ulcerativă, boala Crohn, bolile inflamatorii ale intestinului, ischemia

Corresponding author: V. Șurlin vsurlin@gmail.com
Received: January 30, 2023; **Accepted**: February 23, 2023; **Published**: March 30, 2023
Citation: Albulescu E,L, Râmboiu S.D, Șurlin V,M, Nemeș R, Chiuțu L, C,: Probleme de nursing la pacienții cu rezecții rectale joase cu prezervare sfincteriană și ileostomie e de protecție pentru cancer rectal Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2023; 19(1): 47- 58 [Article in Romanian]. DOI: 10.22551/JSURG.2023.01.06.
Copyright© 2023**: Elena Luminita I.V. Albulescu et al** . This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

mezenterică acută și cronică, sângerările necontrolate ale colonului și rectului, leziunile traumatice ale intestinului și colonului, cancerele genitale și ale vezicii urinare cu invadarea tractului gastrointestinal, traumatismele coloanei vertebrale, etc, [1-3].

Concepute ca soluție de avarie, salvatoare de viață, procedeele de diversie fecală (stomele) sunt grevate de un număr semnificativ de complicații postoperatorii, care pot fi generale, sistemice sau locale specifice stomelor sau comune tuturor intervențiilor chirurgicale abdominale, unele minore, necesitând doar îngrijire locală și stomterapie. Altele devastatoare, conducând la multiple reintervenții, grevate de o mortalitate postoperatorie semnificativă [4-6].

Confecționarea unei stome este o opțiune terapeutică al cărui scop este salvarea și prelungirea vieții pacientului, dar în același timp obligă pacientul să se confrunte cu o nouă realitate care aduce după sine schimbări fundamentale în viața acestuia, afectându-i deopotrivă viața familială, profesională și socială. Acceptarea stomei și adaptarea la noile condiții presupune parcurgerea unei perioade de tranziție, în care pacientul are nevoie de educație, pregătire și suport psihosocial, care să-i permită însușirea cunoștințelor și deprinderilor necesare autoîngrijirii și să-i sigure autonomie și independență [2].

Îngrijirea pacienților cu stomă este un proces complex, dinamic în care nursa (asistenta) este protagonistul principal în cadrul echipei multidisciplinare, deoarece petrece cel mai mult timp cu pacientul și participă la toate etapele îngrijirii, fiind prezentă din momentul stabilirii diagnosticului, înainte, în timpul operației, postoperator și în timpul reabilitării. Participarea nursei în procesul adaptativ este importantă, deoarece ea clarifică tema și are sarcina de a efectua activitățile educative și de instruire practică destinate însușirii deprinderilor necesare învățării și perfecționării autoîngrijirii și implicit obținerii autonomiei, facilitând astfel parcurgerea în condiții optime a perioadei de tranziție, și reîncadrarea pacientului în viața familială, profesionala și socială. [7-10]

Obiectivul lucrării este stabilirea rolului și locului nursei în inițierea și instruirea pacienților cu ileostomie de protecție asociată rezecțiilor rectale joase cu prezervare sfincteriană pentru cancer rectal în vederea obținerii deprinderilor necesare autoîngrijirii, autonomie și reinserării în familie și societate.

Material și metodă

Lucrarea reprezintă un studiu clinico-statistic retrospectiv asupra unui număr de 47 (63,51%) pacienți cu rezecții rectale joase cu prezervare sfincteriană și ileostomie de protecție, selecționați dintr-un total de 74 pacienți cu rezecții rectale cu prezervare sfincteriană pentru cancer rectal, efectuate în clinica Chirurgie I Craiova într-un interval de 7 ani (2015-2021)

Pentru stabilirea rolului nursei în managementul bolnavilor stomizați am ales ca subiect al studiului nostru ileostomia de protecție pentru următoarele considerente

- Ileostomia de protecție a anastomozelor rectale joase ca metodă de prevenire a fistulei anastomotice a devenit din ce în ce mai frecventă în ultimii ani odată ce rezecția rectală joase cu prezervare sfincteriană tinde să devină operația standard pentru chirurgia cancerului rectal,
- Fiind o stomă temporară asociată unei intervenții programate, ileostomia de protecție oferă posibilitatea evaluării rolului nursei în toate etapele managementului bolnavilor stomizați: înainte de operație, postoperator în perioada îngrijirii si la externare

Au fost urmăriți următorii parametrii:

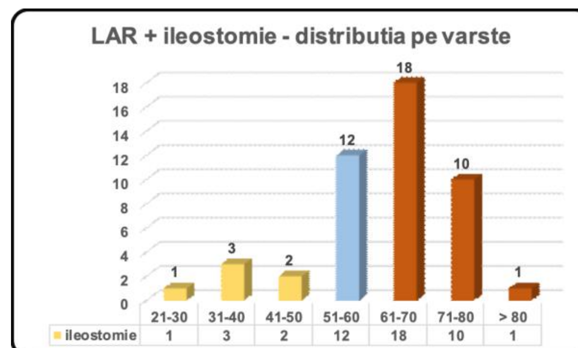
- Date demografice: vârstă, sex, mediu de proveniență, ocupație, grad de instruire
- Comorbidități
- Date despre operație: pregătirea preoperatorie, momentul operator, topografia tumorii, calea de abord, tipul rezecției, tipul anastomozei, tipul suturii
- Date despre ileostomie: debit, complicații specifice ileostomiei, complicații locale comune chirurgiei abdominale
- Date referitoare la activitatea asistentei (nursei): pregătirea preoperatorie generală și specifică, îngrijirea postoperatorie și instruirea specifică bolnavilor stomizați (dispozitive de protezare, igiena locală, protecția tegumentelor, prevenirea complicațiilor, dietă, etc.)

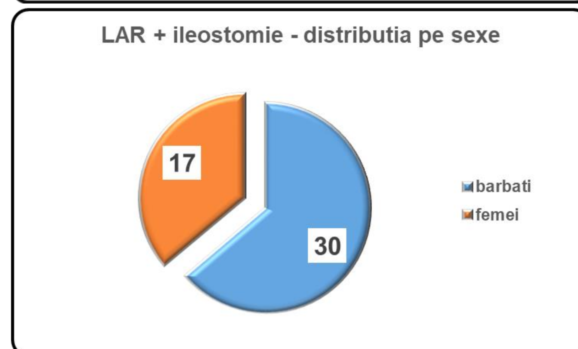
Datele obținute din foile de observație, protocoalele operatorii, precum și cele consemnate sub forma unui chestionar completat ca rezultat al discuțiilor individuale ale nursei cu pacienții au fost înregistrate și fișate pentru fiecare pacient în parte și apoi prelucrate statistic cu ajutorul programului Excel.

Studiu a avut avizul Comisiei de Etică și Deontologie Universitară și Științifică al UMF Craiova Nr. 122/30.07.2021

Rezultate

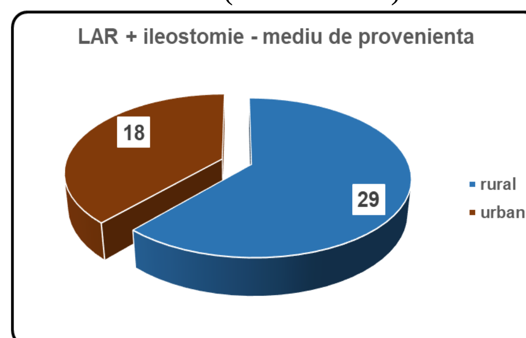
Date demografice. Lotul luat în studiu (47 bolnavi) a inclus 30 bărbați și 17 femei (sex ratio=1.76) cu vârsta medie 61.62 ani și limitele între 27 și 81 ani, 61.75% din cazuri fiind reprezentate de bolnavii vârstnici (Graficele 1 și 2)



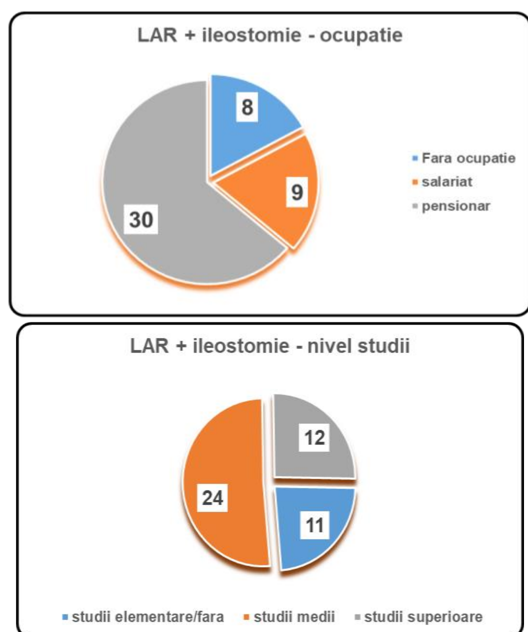


Graficele Nr, 1 (sus) distribuția pe grupe de vârstă și **2** (jos) distribuția pe sexe

Majoritatea bolnavilor (29=61,70%) au provenit din mediul rural (Graficul Nr.3). În ceea ce privește ocupația, pensionarii au reprezenta majoritatea cazurilor (30=63,89%), restul fiind salariați fără specificația meseriei de bază în 9 cazuri sau fără ocupație în restul de 8 cazuri (Graficul Nr.4). Din punct de vedere al nivelului educațional, majoritatea bolnavilor (24=51,06%) au avut studii medii, 12 (25,53%) studii superioare, restul de 11 (23,40%) au fost cu studii elementare sau fără (Graficul Nr.5).



Graficul Nr.3 Distribuția pe medii de proveniență



Graficele Nr.4 (sus) și **5** (jos): LAR + ileostomie: ocupație, nivel educațional

Comorbiditățile. 74,46% dintre pacienți au prezentat comorbidități izolate sau asociate, afecțiunile cardio-vasculare (25,53%) fiind cele mai frecvente (Tabelul Nr.1), în timp ce în 12 (25,53%) cazuri nu au fost înregistrate comorbidități.

Date despre intervenția chirurgicală (Tabelul Nr.2). Toate cazurile au fost operate în regim de chirurgie programată și au beneficiat de o pregătire preoperatorie specifică: pregătire mecanică cu fortrans (4 pachete dizolvate în 4 l apă administrate oral în preziua operației), pregătirea chimică (1 doză cefalosporine generația II-a cu 30 minute înainte de inducția anestezică repetată postoperator dacă intervenția a depășit 3 ore) și profilaxia tromboembolismului cu HGMM cu minimum 12 ore înaintea operației.

Rezecțiile rectale cu prezervare sfincteriană practicate la toți bolnavii a fost efectuată pentru tumori localizate la nivelul rectului mijlociu în 25 (53,20%) cazuri și la nivelul rectului inferior în 22 (48,80%) din cazuri, tipul rezecțiilor fiind: rezecția anterioară joasă în 44 (93,61%) cazuri, recto-colectomie totală în 2 (4,25%) din cazuri și rezecție intersfincteriană într-un caz (2,12%). Calea de abord a fost clasică în 37 (74,46%) cazuri și laparoscopică în restul de 10 (25,54%) cazuri. Tipul anastomozei a fost colorectală TT în 38 (80,85%) cazuri, colorectală transanală în 3 (6,38%) cazuri, colo-anală în 4 (6.51%) cazuri și ileo-rectală în 2 (4,25%) cazuri, prin sutură mecanică în 35 (74,46%) cazuri și manuală în restul de 12 (25,54%) cazuri.

Comorbidități	**Rezecție + ileostomie (n=47 cazuri**	**%**
28	**8**	**17.02**
Diabet	**5**	**10.63**
Cardio-vasculare Cardiopatie ischemică HTA FiA Leziuni valvulare Insuficiență cardiacă Insuficiență venoasă	**12** **2** **14** **5** **-** **-**	**25.53**
Respiratorii Fibroză pulmonară/astm	**5** **1**	**10.63**
Digestive HH + BRGE Colecistită cronică litiazică Steatoză hepatică/hepatită cronică. Polipoză/diverticuloză rectocolonică Pancreatită acută	**11** **2** **1** **6** **1** **1**	**23.40**
Renale Litiază renală Adenom de prostată Hidronefroză IRA/IRC	**7** **2** **5** **-**	**14.89**
Hernii/eventrații neoperate	**7**	**14.89**
Genitale	**-**	
Fără comorbidități	**12**	**25.53**

Tabelul Nr. 1 Comorbiditățile întâlnite în lotul studiat

Date despre operație	Cazuri	%
Topografia tumorii		
Rect mijlociu	25	53.20
Ret inferior	22	48.80
Chirurgie programată	47	100
Abord		
Clasic	37	74.46
Laparoscopic	10	25.54
Tipul operației		
Rezecție anterioară joasă	44	93.61
Rezecție intersfincteriană	1	2.12
Recto-colectomie totală	2	4.25
Tipul anastomozei		
Colorectală TT	38	80,85
Colorectală transanală	3	6,38
Colo-anală	4	8,51
Iloeo-rectoanastomoză LL	2	4,25
Sutura		
Mecanică	35	74.46
Manuală	12	25.54

Tabelul Nr. 2. Date despre intervenția chirurgicală

Date despre ileostomie. Toate ileostomiile de protecție au fost ileostomii laterale pe ansă continuă, exteriorizate în fosa iliacă dreaptă. Debitul ileostomiei a fost mic (< 500 ml/24 ore) în 21 cazuri, mijlociu (500-1000 ml/24 ore) în 20 cazuri și mare (> 1000 ml/24 ore) în 6 cazuri (12.76%).

21 pacienți au prezentata complicații postoperatorii, realizând o rată a morbidității de 44,68% (Tabelul Nr. 3); complicațiile locale și sistemice specifice ileostomiei fost întâlnite în 17 (36,17%) cazuri, dintre care leziuni cutanate peristomale 8 cazuri, hernie parastomală precoce 2 cazuri și deshidratare cu dezechilibre hidroelectrolitice severe și insuficiență renală acută 7 cazuri, în timp ce dintre complicațiile nespecifice, comune chirurgiei abdominale, supurația parietală a fost întâlnită în 4 cazuri. În ceea ce privește leziunile cutanate peristomale, acestea au fost de tip eritematos în 7 cazuri și ulcerativ într-un singur caz.

Închiderea ileostomiei a fost realizată la 42 cazuri (89,36%) pacienți, intervalul mediu dintre operația primară si închiderea ileostomiei fiind de 4,28 luni, cu limite între 12zile și 10 luni.

Parametrii	N (%)
Debitul ileostomiei mic (< 500 ml/24 ore) mijlociu (500-1000 ml/24 ore mare (> 1000 ml/24 ore)	21 (44,68%) 20 (42,53%) 6 (12,76%)
Complicații specifice ileostomiei leziuni cutanate peristomale hernie parastomală precoce deshidratare insufuciență renală acută	8 (17,02%) 2 (4,25%) 7 (14,89%) 7 (14, 89%)
Complicații locale după închiderea ileostomiei supurație parietală eventrație postoperatorie	3 (7,14%) 1 (2,38%)
Complicații locale nespecifice supurație parietală evisceratie fixată	4 (8,50%)
Morbiditate – rata morbidității	**21 (44,68%)**

Tabelul Nr. 3 Date despre ileostomie

Tipul dispozitivelor folosite pentru protezarea ileostomiei au fost alese în funcție de debitul ileostomiei și starea tegumentelor peristomale. Pentru ileostomiile cu debit mic (< 500 ml/24 ore) am folosit dispozitive stomice cu evacuare, unice, în timp ce pentru ileostomiile cu debit mediu sau mare am folosit sisteme stomice cu două componente (flanșă și sac colector cu evacuare, cu capacitate de 300 sau 600 ml). Schimbarea pungii s-a efectuat de regula odată la 3 zile, iar golirea sacului colector a fost făcută în

momentul în care umplerea acestuia a depășit 50% din capacitatea lui, ritmul golirilor fiind în funcție de debitul ileostomiei.

Materiale/metode folosite	Nr. cazuri
Pungi colectoare - **Cu evacuare**	**47**
Paste cu hidrocoloid	**8**
Pudra cu hidrocoloid	**12**
Interval schimbarea pungii - **La 3 zile**	**47**
Golirea pungii –funcție de debitul ileostomiei și volumul pungii - **Mic 1-2 ori/zi** - **Mediu 2-5 ori/zi** - **Mare >5 or/zi**	 **21** **20** **6**

Tabelul Nr.4 Materiale folosite pentru managementul ileostomiei.

Discuții

Stoma (colostomie/ileostomie, temporară sau definitivă, de degajare sau de protecție a unei anastomoze), reprezintă un gest terapeutic cu indicații care acopere o paletă largă de afecțiuni abdominale digestive sau extradigestive, benigne sau maligne, dintre care cancerul colo-rectal reprezintă principala circumstanța etiologică ce impune construirea acesteia. [1-3, 8].

Confecționarea unei stome este o opțiune terapeutică al cărui scop este salvarea și prelungirea vieții pacientului, dar în același timp obligă pacientul să se confrunte cu o nouă realitate care aduce după sine schimbări fundamentale în viața acestuia, afectându-i deopotrivă viața familială, profesională și socială.

Acceptarea stomei și adaptarea la noile condiții presupune parcurgerea unei perioade de tranziție, în care pacientul are nevoie de educație, pregătire și suport psihosocial, care să-i permită însușirea cunoștințelor și deprinderilor necesare autoîngrijirii și să-i sigure autonomie și independență.

Îngrijirea (nursingul) pacienților cu stomă este un proces complex, multidisciplinar, dinamic, continuu, desfășurat în etape pe timpul spitalizării (pre-, intra- și postoperator), continuat apoi în ambulator și în cadrul familiei, având ca scop parcurgerea cu succes a perioadei de tranziție, printr-un proces de educație și instruire practică în vederea însușirii deprinderilor necesare autoîngrijirii, obținerii autonomiei, și reîncadrării în viața familială, profesionala și socială [2, 7-10]. În aceste proces, nursa (asistenta) este protagonistul principal în cadrul echipei multidisciplinare, deoarece petrece cel mai mult timp cu pacientul și participă la toate etapele îngrijirii, fiind prezentă din momentul stabilirii diagnosticului, preoperatoria, în timpul îngrijirii postoperatorii și în timpul reabilitării [1]. Nursa are responsabilitatea de a informa și clarifica pacientului și familiei datele despre intervenția chirurgicală și consecințele acesteia, precum și alte probleme care includ încurajarea autoîngrijirii, achiziția de marțiale adecvate îngrijirii pielii, schimbarea pungii colectoare, alimentația, protecția socială și legală, precum și de a combate informațiile transmise inadecvat și nesistematizat, care împiedică înțelegerea și prelucrarea conținutului informațional. Nursele specializate în stomaterapie sunt confruntate cu două provocări majore: înțelegerea perioadei de tranziție și furnizarea de terapii de îngrijire care să promoveze încrederea în sine, bunăstarea și autonomia pacienților [11].

Primul program de instruire dedicat terapiei enterostomale a fost inițiat în SUA înainte cu peste 50 ani, iar Societatea Americana a Chirurgilor Colorectali consideră nursingul drept calificarea profesională care asigură planificarea, implementarea și îngrijirea bolnavilor stomizați și recomandă ca îngrijirea

stomelor să fie asigurată de asistente (nurse) specializate în stomaterapie si îngrijirea plăgilor - nurse WOCN (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society). [12]

În România, deși nu există asistente medicale specializate în stomaterapie și îngrijirea plăgilor, prin cursuri organizate în special de către firmele distribuitoare de materiale necesare bolnavilor stomizați, am pregătit în acest domeniu o parte din asistentele medicale de îngrijire, care au dobândit în timp abilitățile și experiența necesară îngrijirii pacienților cu stome. În aceste condiții, pentru pacienții cu stome, activitatea nursei trebuie să includă cel puțin două aspecte, pe de-o parte îngrijirea uzuală a bolnavului chirurgical (monitorizarea funcțiilor vitale, nutriția, efectuarea tratamentului general prescris de medic, mobilizarea bolnavului, etc) și pe de altă parte activitățile specifice managementului stomei, centrate pe igiena stomei, alegerea dispozitivelor de protezare, protecția tegumentelor peristomale, prevenirea și tratamentul complicațiilor, dieta, suportul psihosocial, educația pacientului și familiei.

Structura lotului studiat include toate caracteristicile bolnavilor cu cancer colorectal: predominanța vârstnicilor (61.75%) de sex masculin (63.82%), majoritatea pensionari (63.89%) cu comorbidități specifice vârstei (Tabelul Nr.1). Proveniența din mediu rural (61.70%) și nivelul de instruire mediu (51.06%) și inferior (23.40%) sunt elemente pe care le-am luate în considerare având în vedere faptul că acceptarea stomei, adaptarea la noile condiții de viață, reabilitarea și reîncadrarea în familie și societate sunt obținute după parcurgerea unei perioade de tranziție în care bolnavul trebuie să dobândească abilitățile necesare obținerii autoîngrijirii, autonomiei și independentei, proces în care mediul de proveniență și gradul de instruire pot juca un rol important.

Managementul pacienților cu ileostomie de protecție s-a desfășurat în toate cazurile pe baza unui plan de îngrijire personalizat alcătuit de nursă împreună cu medicul și agreat de pacient. Planul de îngrijire, integrat cu nevoile de sănătate ale fiecărui pacient în parte [9] a inclus obiectivele și activitățile specifice fiecărei etape a îngrijirii: etapa preoperatorie, managementul postoperator și planul de autoîngrijire eliberat pacientului la externare.

Etapa preoperatorie cuprinde intervalul dintre decizia pacientului de a se supune procedurii și transferul său pe masa de operație [10], activitățile nursei în această etapă incluzând informarea pacientului, pregătirea preoperatorie generală, pregătirea preoperatorie specifică și marcarea locului ileostomiei.

Informarea pacientului se înscrie în procesul complex de educație a acestuia în vederea acceptării stomei și adaptării la noile condiții de viață induse de existența stomei, în vederea învățării deprinderilor necesare autoîngrijirii și obținerii autonomiei, independenței și reîncadrării în familie și societate. Informarea pacientului a fost făcută de către nursă în toate cazurile în cadrul unor convorbiri individuale, problemele incluse în acest proces fiind noțiuni despre anatomia și fiziologia tubului digestiv, date despre diagnosticul și prognosticul bolii cauzale, informații despre procedurile chirurgicale planificate, complicațiile postoperatorii posibile precum și descrierea modificărilor stilului de viață ca urmare a prezenței stomei. Una dintre cele mai importante probleme, care nu a fost omisă niciodată, a fost informarea pacientului referitoare la necesitatea ileostomiei ca procedură de prevenire a fistulei anastomotice, complicație de temut a chirurgiei colo-rectale, cu sublinierea expresă a caracterului temporar al acesteia, ceea ce a avut totdeauna un impact pozitiv asupra psihicului pacientului, facilitând acceptarea sa

fără probleme. Printre beneficiile informării, menționate în literatură [2] se numără: scădere duratei de spitalizare, diminuarea necesității unor intervenții neplanificate după externare, scăderea costurilor, o rată mai mică a complicațiilor specifice stomelor. Pe de altă parte, absența informațiilor este grevată de dificultăți tehnice, probleme emoționale, sociale şi maritale [13, 14], pacienții neinformați fiind vulnerabili la modificările induse de stomă și percepând operația ca traumatizantă, iar stresul intens și presiunea mare în perioada preoperatorie pot fi sursa unor mari dificultățile de adaptare a pacientului postoperator [10, 15]. Demonstrațiile cu dispozitivele de protezare a ileostomiei în cadrul etapei de informare a pacientului au fost utile pentru adaptarea în perioada postoperatorie

Pregătirea generală preoperatorie a vizat în special compensarea comorbidităților cu risc vital în vederea obținerii unui bilanț biologic corespunzător unei intervenții chirurgicale majore cum sunt cele destinate cancerului colorectal.

Pregătirea specifică efectuată de nursă sub supravegherea medicului în toate cazurile a fost standard și a constat în: pregătire mecanică cu fortrans (4 pachete în 4 l apă administrate oral în preziua operației), pregătirea chimică (1 doză cefalosporine generația II-a cu 30 minute înainte de inducția anestezică repetată postoperator daca intervenția a depășit 3 ore) și profilaxia tromboembolismului cu HGMM cu minimum 12 ore înaintea operației.

Marcarea preoperatorie a sediului stomei este posibilă și obligatorie în cazul ileostomiei de protecție, având în vedere faptul că intervenția este una programată și există suficient timp pentru a o efectua, iar disfuncționalitățile și complicațiile postoperatorii specifice sunt de cele mai multe ori consecința amplasării deficitare a stomei. Marcarea sediul stomei a fost făcută în toate cazurile de nursa (asistenta) cu instruire în stomaterapie și a ținut seama de următoarele criterii [16]:

- să fie situată pe o suprafață plană de circa 7 cm diametru, sub linia de centură la pacienții normoponderali și cranial de aceasta la obezi
- să evite vecinătatea reliefurilor osoase, cicatricilor, pliurilor cutanate sau plăgii operatorii
- să traverseze mușchiul drept abdominal
- să fie vizibilă de către pacient
- marcarea locului stomei se face totdeauna cu bolnavul în picioare, culcat și în poziție şezândă
- prezervarea marcajului prin utilizarea unui marker cutanat care să nu se şteargă în timpul pregătirii preoperatorii a tegumentelor (baie, badijonare cu soluții antiseptice, etc)

Managementul postoperator, etapă esențială în îngrijirea bolnavilor stomizați, este destinată în primul rând instruirii pacientului în vederea însușirii cunoștințelor și deprinderilor necesare autoîngrijirii. În principiu, planul de îngrijire a pacientului cu ileostomie de protecție pentru etapa postoperatorie ar trebui să fie focusat asupra triadei stomă, tegumente peristomale și dispozitive folosite pentru îngrijirea stomei [12]. În realitate, în România, unde nu există nurse specializate în stomaterapie, sarcinile și obiectivele asistentelor instruite pentru îngrijirea pacienților stomizați sunt mult mai complexe, incluzând, pe lângă îngrijirea specifică a stomei și îngrijirea postoperatorie generală (monitorizarea funcțiilor vitale, supravegherea și administrarea tratamentului prescris de medic, etc), prevenirea și tratamentul complicațiilor postoperatorii specifice ileostomiei, dieta și consilierea psihologică a pacientului și familiei.

Informarea pacientului, începută în etapa preoperatorie a continuat și în perioada postoperatorie, incluzând date despre anatomia și

funcțiile ileostomiei, subliniind încă odată necesitatea ileostomiei ca mijloc de prevenire a fistulelor anastomotice, precum și caracterul temporar al acesteia și oferind informații referitoare la tipul dispozitivelor de protezare și accesoriilor necesare îngrijirii stomei, precum și modalitatea de procurare a acestora.

Activitățile nursei legate de îngrijirea propriu zisă a stomei includ: alegerea dispozitivului de protezare și a accesoriilor, stabilirea ritmului schimbării si golirii sacului colector, monitorizarea și igiena stomei,

În ceea ce privește alegerea dispozitivului de protezare a stomei, aceasta trebuie să fie adaptată specificului stomei, cantității si calității eliminărilor, particularităților anatomice specifice sau handicapurilor și preferințelor stomizatului. Conținutul lichid sau semilichid al efluentului impune protezarea ileostomiilor în toate cazurile cu dispozitive stomice cu evacuare, unitare sau din două componente (sac colector + protector cutanat – flanșă), volumul sacului colector și ritmul schimbării și/sau golirii pungii fiind în funcție de debitul ileostomiei. În ileostomiile cu debit mic (21 cazuri) au fost folosite pungile simple cu capacitate de 300 ml, în timp ce pentru ileostomiile cu debit mediu (20 cazuri) și mare (6 cazuri) au fost folosite sistemele stomice cu două componente (sac colector +flanșă) cu capacitate de 600 ml. Ritmul golirii pungii a fost în funcție de debitul reziduului (tabelul Nr. 3 și 4) și s-efectuat după după următorul algoritm: deschiderea și golirea pungii, instilarea de apă în pungă, curățarea rezervorului, uscarea și clamparea sacului [8].

Prima protezare a ileostomiei a fost realizată în blocul operator în toate cazurile, dispozitivul stomic trebuind să îndeplinească următoarele condiții: să fie dispozitiv stomic cu evacuare, cu două componente (flanșă + sac colector), să fie steril, cu adeziv hidrocolid, transparent, fără filtru și să fie vizitabil. Ulterior, ritmul schimbării diapozitivului stomic a fost în funcție de calitatea produsului și tranzitul intestinal; ideal este ca schimbarea pungii să nu fie făcută zilnic, deoarece acest lucru poate duce la apariția leziunilor cutanate peristomale [8]. Ca regulă generală, pe care am adoptat-o și noi. schimbarea pungii se face la interval de 3 zile, în zile fixe de trei ori pe săptămână. Schimbarea pungii oferă prilejul evaluării stomei: tipul stomei (deasupra tegumentelor, la nivelul tegumentului, retractată), culoare, starea tegumentelor peristomale și prezența unor eventuale complicații locale specifice (leziuni cutanate, prolaps, hernie parastomală precoce, necroza, retracție). Măsurarea exactă a stomei este obligatorie la fiecare schimbare a dispozitivului stomic în așa fel încât orificiul rezultat după decuparea flanșei sau a porțiunii aderente a pungii să circumscrie exact stoma, evitând astfel contactul conținutului intestinal cu tegumentele peristomale, sursa unor viitoare leziuni cutanate. Pentru măsurarea stomei pot fi folosite șabloanele existente în trusele oferite de furnizorul de dispozitive stomice; în cazul stomelor de formă neregulată sau asimetrice am folosit șabloane personalizate, efectuate după următoarea tehnică: se aplică peste stomă o folie transparentă pe care se desenează conturul stomei, după care se decupează folia urmând desenul; se obține astfel un șablon al formei și dimensiunilor stomei și care atașat flanșei sau porțiunii aderente a pungii permite decuparea acestora exact după conturul stomei, astfel încât să circumscrie strict forma și dimensiunile stomei. De menționat că schimbarea pungii a fost făcută totdeauna dimineața, cu 1 oră înainte de masă, deoarece după mese debitul ileostomiei este mai crescut, ceea ce îngreunează sau chiar împiedică toaleta tegumentelor peristomale. De asemenea, am considerat important ca pacientul să fie implicat direct în însușirea cât mai rapidă și corectă a deprinderilor

necesare autoîngrijirii; în acest sens, toate manevrele legate de îngrijirea locală a stomei (golirea și schimbarea pungii colectoare, toaleta tegumentelor peristomale și pregătirea acestora pentru aplicarea noului dispozitiv) au fost făcută inițial de către nursă, și apoi de către pacient sub directa supraveghere a asistentei, chiar asistat de acei membrii ai familiei implicați în îngrijirea pacientului la domiciliu.

Concepută ca o soluție de prevenire a unor complicații postoperatorii severe de tipul fistulelor anastomotice, ileostomia de protecție este grevată la rândul ei de un număr semnificativ de complicații postoperatorii, care pot fi generale, sistemice sau locale, specifice stomelor sau comune tuturor intervențiilor chirurgicale abdominale, [4, 5, 6]. Incidența complicațiilor ileostomiei variază în limite foarte largi (25-85%) în funcție de autor, apariția complicațiilor fiind favorizată de o serie de factori ca: vârsta înaintată, diabet, obezitate, tehnica chirurgicală și experiența chirurgului [1, 17, 18]. În studiul personal, rata morbidității postoperatorii a fost de 44,68% (21 cazuri), dintre care complicații specifice ileostomiei (leziuni cutanate peristomale, hernie parastomală precoce și deshidratare severă cu insuficiență renală acută) în 17 (36,17%) cazuri și complicații locale comune chirurgiei abdominale (supurație parietală, eviscerație fixată) în 4 (8,51%) cazuri. Fiind direct implicată în îngrijirea locală a ileostomiei, asistenta (nursa) este de regulă cea care sesizează existența unei complicații locale, informează medicul și efectuează tratamentul indicat de acesta. Leziunile cutanate peristomale, complicația locală cea mai comună a ileostomiei, întâlnite în 8 cazuri, au fost de tip eritematos în 7 cazuri și ulcerativ într-un caz. Deteriorarea tegumentelor este determinată în principal de patru cauze: iritația chimică determinată de lichidul intestinal bogat în enzime proteolitice, care este mai dăunătoare chiar decât volumul efluentului, traumatismele mecanice datorate schimbărilor dese ale pansamentului sau pungii colectoare, reacțiile alergice la pansamente sau pungi și infecția favorizată de mediu umed [19-21]. Pentru tratamentul leziunilor cutanate peristomale au fost folosite paste și/sau pudre cu hidrocoloid (pasta Stomahesive, pudra adezivă Stomahesive și pasta Weeland); aplicate pe pielea iritată, acestea creează o barieră protectoare care previne deteriorarea ulterioară a tegumentelor lezate, ajută la lipirea pungii pe zonele lezate, umede și conduce la vindecarea leziunilor în câteva zile. În cel 7 ileostomiile cu debit mare, cu deshidratare, dezechilibre hidroelectrolitice severe și insuficiență renală acută, reechilibrarea hidroelectrolitică agresivă concomitent cu medicație de reglare a tranzitului au dus la rezolvarea complicației în toate cazurile.

Dieta este una dintre componentele importante ale autoîngrijirii și de aceea, indicațiile referitoare la aceasta au fost incluse în discuțiile zilnice ale nursei cu pacienții stomizați. Cel mai important este ca pacienții să evite alimentele și băuturile care produc flatulență și accelerarea tranzitului. Strategiile de autoîngrijire includ regularizarea tranzitului intestinal prin modificarea dietei, pacientul fiind instruit să identifice alimentele care nu sunt tolerate și să adopte treptat o dietă cu restricții minore. Referitor la ingestia alimentelor pacienții au fost învățați care alimente produc sau ameliorează constipația, produc mai mult gaz și flatulență și să alegă alimentele bogate în fibre, evitând portocalele, varza, laptele, ardeii și bine înțeles alimentele crude și de asemenea, când intestinul este plin să folosească alimente care facilitează golirea, iar când există reziduuri uscate să mănânce mere, salate, împreună cu alimente care cresc peristaltica intestinală. Unele studii arată că în pofida modificărilor și restricțiilor dietetice, pacienții stomizați raportează efecte pozitive,

asociate cu îmbunătățirea nutriției după chirurgie [8]

Confortul și mobilitatea pacientului cu FEC au fost mereu în atenția echipei de îngrijire și în special a nursei specializate în stomaterapie și îngrijire parietală; acestea nu trebuie să fie compromise de sistemele de protezare a ileostomiei, care trebuie alese în așa fel încât să nu imobilizeze bolnavul sau să-i restricționeze activitatea zilnică, ceea ce poate avea un puternic impact negativ asupra moralului pacientului [10, 17]. Contribuția nursei este esențială pentru asigurarea suportului psihic și psihologic al pacienților cu ileostomie, având în vedere faptul că acești pacienți sufere datorită schimbărilor în ce privește imaginea corporală, stima de sine, așteptării respingerii de către familie și societate precum și schimbărilor in rutina zilnică, care pot fi dificultăți procesul de acceptare a unei realități încă necunoscute, care subminează calitatea vieții [22, 23]

Concluzii

Îngrijirea (nursingul) pacienților cu ileostomie de protecție este un proces complex, dinamic și continuu de educație și instruire practică, având ca scop parcurgerea cu succes a perioadei de tranziție necesară adaptării la noile condiții de viață impuse de prezența stomei. În aceste proces, nursa (asistenta) este protagonistul principal deoarece petrece cel mai mult timp cu pacientul și participă la toate etapele îngrijirii (pre-, intra-, postoperator și în timpul reabilitării), având responsabilitatea de a informa și clarifica pacientului și familiei datele despre intervenția chirurgicală și consecințele acesteia și de a instrui pacientul în vedere însușirii deprinderilor necesare îngrijirii stomei în vederea obținerii autoîngrijirii, autonomiei și reîncadrării în viața familială, socială și profesională.

Declarația de conflict de interese

Autorii declară că nu se află în conflict de interese financiare sau non financiare pentru datele și informațiile prezentate în articol.

Bibliografie

1. Krishnaswamy J, Kumar S, Mukesh K., Rahman K: A clinical study of intestinal stomas in emergency laparotomy: its complications” International Surgery Journal, 2018, 5 (1): 273-276, DOI: http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20175909
2. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD, Steele SR, Rafferty: Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery, Disease of the Colon & Rectum, 2015, 58 (4): 375-387, DOI:10.1097/DCR.0000000000000347
3. Uddin WM, Ullah S, Iqbal Z, Jie W, Ullah I, Sun W, Dong T, Daorong W: The Prevention and Treatment of Stoma Complications. A Report of 152 Cases, Journal of Dental and Medical Sciences, 2017,16 (3), 86-90 DOI: 10.9790/0853-1603098690].
4. Harris D A, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster M E. Complications and mortality following stoma formation. Ann R Coll Surg Engl. 2005;87(6):427–431, DOI: 10.1308/003588405X60713
5. Shellito P C. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum. 1998;41(12):1562–1572, DOI: 10.1007/BF02237308
6. Shabbir J, Britton D C. Stoma complications: a literature overview. Colorectal Dis. 2010;12(10):958–964, DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x
7. do O Brito LM, Fe EM, de Galiza FT, de Carvalho REFL, Melo GAA,

Pereira FGF: Nnursing discharge plan for osomized patients, J Nurs UEP on line 2019, 13e239794

8. Freites LS, Queiros CG, de Medeiros LP, Melo MDM, de Andrade RS, Costa IKF: Indicators of the nursing outcome ostomy self-care integrative review, CogitRE Enferm, 2015, 20 (3): 613-619

9. de Figueiredo PA, Alvim NAT: Gudelines for a comprehensive care program to ostomized Ptients and families: a nursing proposal, Rev Latino-Am Enfermagem, 2016, 24e2694, DOI: 10.1590/1518-8345.0507.2694

10. Bandeira LR, Kolankiewicz ACB, Alevi MF, Trindade LF, Loro MM: Fragmented comprehensive health care for ostomized person in the health care network, Esc Anna Nery, 2020, 24 (3) e20190297

11. Fernandez CP, Brito CS, Effect of a stoma nursing programon the adjustment of patients with an ostomy, Aquichan, 2021, 20 (1) e2014

12. De Castro JM, DE Fatima C, Araujo S, Pereira GCA, De Souza Alecrim J, Alves JMC et al: Nursing Care with ostomy complication: a case report, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2017, 18: 55-59

13. Follick MJ, Smith TW, Turk DC: Psychosocial adjustment following ostomy, Health Psichol, 1984, 3: 505-517

14. Richbourg I, Rapp CG,: Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge, J. Wound Ostomy Continence Nurs, 2007, 34: 70-79

15. Coca C, de larrinoa IF, Serrano R, Garcia-LanaH: The impact of speciality pracitce nursing carre on health-related quality of life in persons with ostomies, J. Wound Ostomy Continence Nurs, 2015, 42 (3): 257-263

16. Pistol M: Managementul bolnavului stomizat digestiv, Practica Medicală, 2008,3 (4): 168-174

17. .Arumugam PJ, Bevan I, Macdonald I,Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J et al: A prospective audit of stomas – analysis of risk factors and complications and their management, Colorect Dis 2003, 5: 49-52

18. Duchesne JC, Wang X, Weintraub SL, BoyleM, Hunt JP: Stoma complications, multivariate analysisi, AM Surg 2002, 68 (11): 961-966

19. Nirmal I: Effluent Control in Enteroutaneous Fistula – Experience of an Enterostomal Therapist, IOSR Journal of Nursing and Health Care, 2017, 6 (3): 1-6

20. Gonzales Pinto I, Gonzales EM: Optimizing treatment of upper gastrointestinal fistula, Gut, 2001 49 (suppl. 4)

21. Lange MP, Thebo LM, , Tide SM, McCharthy B, Dahn MS, Jacob LA: Management of multiple enterocutaneous fistulas, Heart Lung, 1989, 18 (4): 386-390

22. Kimura CA, Guihem DB, Kamada I, Abreu BS, Modesto KR, Goncalves JR: The quality of life for ostomized patients: a perspective in the health and nursing care process, journal of Nursing Education and Practice, 2017, 7&4): 22-31

23. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D et al: Quality of life analysis in ostomised colorectal cancer patients, journal of Coloproctology, 2013, 33(4): 216-221